



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ
(art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013)**

Il sottoscritto **Angelo Tomaro**, nato a _____ il _____, in qualità di **Amministratore Unico** di **Sanitaservice ASL FG S.r.l.**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dall'art. 20, comma 5 del D. Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

- ✓ di aver preso visione del D. Lgs. n. 39/2013;
- ✓ di NON incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi previsti dal D. Lgs. n. 39/2013;
- ✓ di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante la mia posizione di cui sopra;
- ✓ di essere a conoscenza che, ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. la presente dichiarazione sarà pubblica mediante inserimento della stessa nella sezione "*Società Trasparente*" del sito istituzionale di Sanitaservice ASL FG S.r.l., www.sanitaserviceaslfg.it, previo oscuramento dei dati personali, sensibili e giudiziari in conformità alle indicazioni del garante per la protezione dei dati personali.

Foggia, il15/06/2023

Firma del dichiarante
(firma apposta sull'originale)